

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

N° _____

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)
PAR

Boris DOLTO

Né à Simféropol (Tauride), le 3 août 1899

**Contribution à l'étude
de la
Gastro-Entérostomie curative**

Président de Thèse : M. LENORMANT, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

PAR
Boris DOLTO

Né à Simféropol (Tauride), le 3 août 1899

Contribution à l'étude
de la
Gastro-Entérostomie curative

Président de Thèse : M. LENORMANT, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

1. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LEPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENÉTRIÈR.
Pathologie expérimentale et comparée....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale.....	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologie.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SEBILEAU.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	JOYEUX.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Histologie.....	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SEZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	(GUENIOT.
	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Histologie	REITTERER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRÉ.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	FIESSINGER.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale	LE LORIER.
Clinique chirurgicale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, pro- fesseur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*en témoignage de ma profonde
affection.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LENORMANT

*Professeur de la Pathologie chirurgicale à la Faculté
de Médecine,*

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié,

Officier de la Légion d'honneur

*en témoignage respectueux de
notre reconnaissance pour
l'honneur qu'il nous fait en
acceptant de présider cette
thèse.*

A MES MAITRES

M. le Docteur BERNARD DESPLAS

Chirurgien des Hôpitaux

et

M. le Docteur Gaston DURAND

*Assistant de Consultation spéciale à l'Hôpital
de la Pitié*

*qui nous ont inspiré le sujet de
cette thèse et nous ont constamment guidé de leurs précieux conseils.*

En témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

- M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*).
M. le Professeur VAQUEZ.
M. le Professeur DELBET.
M. le Professeur MARFAN.
M. le Professeur JEANSELME.
M. le Professeur Agrégé DONZELOT.
M. le Docteur BABINSKI.
M. le Docteur JARKOWSKI (*in memoriam*).
M. le Docteur MACÉ, *accoucheur des Hôpitaux*.
M. le Docteur HALPHEN, *oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux*.
M. le Docteur MOUQUIN, *médecin des Hôpitaux*.
M. le Docteur MOREL-KAHN, *radiologiste des Hôpitaux*.
M. le Docteur THOYER-ROZAT, *radiologiste des Hôpitaux*.
M. le Docteur BEAU, *radiologiste des Hôpitaux*.
M. le Docteur JACQUES DALSACE.

A MM. les DOCTEURS

Mme BRACE-GILLOT, KOPP, DERON, MOUSSOIR,
BUNEAU, WISNER, DJIROPOULOS, SCHÖENGRUN,
PEROZ, CODET, Pierre BOURGEOIS, THIEILLIER,
PARVU

INTRODUCTION

La question de la maladie ulcéreuse des voies digestives est à l'ordre du jour. Les nombreux travaux parus ces temps derniers n'ont pas apporté de précisions intéressantes et le dernier Congrès de Chirurgie ne l'a pas résolue.

La lutte reste toujours ardente entre les réactionnistes et les conservateurs; les conceptions mêmes de la pathogénie ulcéreuse sont encore très imprécises et avec les travaux expérimentaux influent sur les opinions des chirurgiens. Nous avons cherché très consciencieusement en commençant ce travail à confronter les nombreuses statistiques sur le traitement chirurgical des ulcères digestifs pour nous faire une idée d'ensemble; mais devant la diversité des conclusions, qui varient suivant la méthode, les cas pathologiques, les fautes de technique, l'époque de l'intervention, la nature de la lésion et enfin le fanatisme des auteurs, nous nous sommes décidés à ne pas du tout tenir compte des statistiques. Cela nous débarrasse d'un poids inutile, car, répétons-le, il est impossible de se faire une idée juste en examinant des statistiques globales. Il existe indiscutablement un fac-

teur personnel pour chaque auteur, ce qui fait que, suivant le chirurgien, telle technique qui donne des résultats remarquables chez les uns, n'aboutit qu'à des insuccès chez les autres.

En ce qui concerne le plaidoyer en faveur de la G-E que nous nous proposons de faire, nous savons que « l'on n'a pas l'air d'être bien dans le train si on ne se déclare pas de plus en plus gastro-duodénectomiste ».

Guidé par les conseils de nos maîtres, les Docteurs Bernard Desplas et Gaston Durand, qui ont bien voulu nous suggérer ce travail, nous n'avons d'autres prétentions que d'apporter quelques observations montrant que la G-E est une excellente opération et qu'elle peut produire des cicatrisations remarquablement rapides contrôlées par une deuxième intervention.

Loin de discuter l'opportunité de telle ou telle intervention, nous pensons que le temps est venu de réagir contre un violent courant, contre cette épidémie résectionniste, qui nous vient d'Autriche. Voilà l'opinion du Professeur Leriche qui nous laisse en admiration tant par sa juste révolte que par les idées nouvelles qu'elle peut créer. « On dirait vraiment, écrit-il, que l'estomac ne sert plus à rien. C'est à qui enlèvera le plus : votre malade a-t-il, malgré une résection, un ulcère peptique, c'est que vous n'avez pas enlevé assez de l'estomac. Il faut en enlever encore et si, malgré cela, l'ulcus revient, enlevez toujours. »

HISTORIQUE

L'historique de la G-E ne nous retiendra pas longtemps. La question est trop connue, mais cela nous permettra de marquer les étapes où on accusait la G-E des méfaits dont elle n'était nullement responsable.

Nous voulons donc en commençant ce travail indiquer d'abord le trop grand succès, puis la désuétude de la G-E, pour arriver aux critiques haineuses et violentes des contemporains, critiques souvent injustes et tendancieuses.

La G-E conçue par Nicoladoni et pratiquée pour la première fois par Wölfler, en 1881, pour un cancer de l'estomac, a été faite avec succès pour la première fois dans un cas d'ulcère de l'estomac par Mickulicz en 1886.

En France, ce n'est qu'en 1892, dans un cas de récurrence des symptômes d'ulcère après une pyloroplastie, que Doyen fit la première G-E. Peu de techniques chirurgicales ont trouvé dès leur début plus d'enthousiasme et dans la suite plus de critiques passionnées que la G-E. Elle devient tout d'abord la panacée de toutes les affections gastriques bénignes, « reine des

interventions gastriques » (Kronlein). Ce succès incroyable, cette « furia della gastro-entérostomia », tient bon jusqu'en 1912 où son succès commence à décroître. Mais déjà en 1897, Auchatz signale des diarrhées graves consécutives à l'intervention. Braun, au Congrès de Berlin, en 1899, a rapporté la première observation de l'ulcère peptique du jejunum dont la fréquence et l'importance furent mis plus tard en relief par Paterson, Gosset, Moreau, Hartmann et Delore; des accidents graves font connaître le « circulus viciosus », Papadopoulos, Neuweiler signalent les nombreux cas d'oblitération.

Enfin, des accidents très fréquents viennent prouver la continuation de l'évolution de l'ulcère malgré l'intervention : le syndrome dyspeptique secondaire est décrit par Parmentier, les hématomésés par Denechau, Kronlein, Quenu, Clairmont; les interventions itératives viennent montrer la persistance de l'ulcus ou l'apparition de nouveaux ulcères, les travaux de l'école lyonnaise (Tripier-Duplan) et Hayem démontrent la possibilité de la cancérisation secondaire de l'ulcère dont Borszesky, en 1908, avait réuni 14 cas.

Alors commence la décadence. On s'aperçut que le succès de la G-E ne s'accommodait pas avec le bon sens et on commence à chercher une méthode plus logique mieux en harmonie avec la physiopathologie clinique et expérimentale; la résection paraissait répondre à ces exigences et elle bénéficia du discrédit de la G-E.

Ce discrédit de la G-E dure encore et ce n'est que par hasard, n'osant pas se dresser contre le dogme régnant du resectionisme, que s'élèvent quelques voix tendant à faire reviser le procès qui avait condamné la G-E.

Nous avons dit que c'est en cherchant à se mettre d'accord avec la logique qu'on a eu recours à la resection. Et cependant peut-on trouver la thérapeutique rationnelle qui doit être appliquée à l'affection ulcéreuse des voies digestives dont la pathogénie reste encore très obscure.

Récemment Delore a prétendu que la diathèse ulcéreuse n'était peut-être que le résultat d'une infection tuberculeuse; Leven la considère souvent comme syphilitique, l'école de Vaquez comme dépendante de troubles vasculo-trophiques; Cuneo et Leriche pensent aux origines neurotrophiques.

Force est de constater devant notre ignorance de la pathogénie que, pas plus que la G-E, la résection n'est une thérapeutique causale.

LES STATISTIQUES

« On peut faire dire aux statistiques chirurgicales tout ce qu'on veut, même la vérité », disait Moynihan. Ce qui frappe quand on examine les statistiques concernant la G-E, c'est la divergence énorme dans la mortalité et dans les résultats éloignés. Du reste, comme il existe un nombre considérable de techniques de la G-E, il existe un facteur personnel de chaque chirurgien.

Pour la même époque, cette variation est telle qu'il est absolument impossible de se rendre compte de la valeur de la méthode. Il est vrai qu'on peut établir la moyenne; mais pour y arriver, on doit placer à côté des statistiques brillantes des séries désastreuses qui compromettent immédiatement le résultat final.

De plus, l'insuffisance de précision dans les comptes rendus opératoires ne permet pas de conclure au bien-fondé de telle ou telle communication.

En conséquence, même dans les statistiques portant sur 200, 300, 700 malades suivis longtemps après l'intervention, nous n'arrivons pas à savoir comment se présentaient les différentes formes des ulcères et leur période évolutive. Petits ulcères perforants, géants, calleux, hémorragipares, pénétrants, perfo-

rés, bouchés, ou peu méchants et hypéralgiques, tout est jeté sur le même tamis et la conclusion dans ce procédé risque de ne pas apporter la lumière.

Au point de vue médical, le régime alimentaire dans la maladie ulcéreuse est de tout premier plan; or la plupart des opérés, pour ne pas dire tous, adoptent après l'intervention un régime fantaisiste garni de condiments les plus variés et les résultats éloignés de la G-E simple risquent fort d'y perdre leur cause.

Nous ne retiendrons que deux choses de toutes les statistiques anciennes et modernes : d'abord, le nombre de succès de chaque auteur augmente progressivement et les fautes de techniques y sont pour quelque chose, nous y reviendrons un peu plus loin; ensuite, dans toutes les statistiques, la mortalité immédiate de la résection est toujours plus élevée que celle de la G-E.

CE QU'ON REPROCHE A LA G-E

EXAMEN ET AUGMENTATION

On reproche encore parfois même dans les communications récentes le choc opératoire et les complications pulmonaires consécutives à la G-E. Ces reproches ne méritent pas d'être discutés. Depuis toujours, la mortalité immédiate des résections a été sensiblement plus grande. Les dernières statistiques globales montrent encore que la mortalité immédiate de la résection avec celle de la G-E est dans le rapport de 7 à 2. Qu'il nous soit permis de citer l'histoire suivante que nous tenons de notre maître, Gaston Durand : un malade vient consulter de province, envoyé par son médecin traitant. Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure, confirmé radiologiquement (l'examen radioscopique fait par le docteur Gaston Durand lui-même). Le malade est âgé de 47 ans, fatigué, épuisé par plusieurs hémorragies. Ce malade est adressé à un chirurgien de province connu, avec prière de faire tout simplement une G-E. Quelques temps après une lettre du chirurgien annonce qu'il avait été plus audacieux que ne lui avait recommandé notre maître, et qu'il avait fait une large résection. Le lendemain, une deuxième lettre annonçait l'exitus.

C'est une observation omnibus; elle est semblable à tant d'autres. Elle prouve qu'on risque gros en réséquant dans nombre de cas où une simple G-E aurait permis une expectative armée quitte à réintervenir une deuxième fois quand, amélioré par la G-E, le patient aurait pu avec bien moins de risque supporter une résection. *Primum non nocere.*

LE FONCTIONNEMENT DE LA BOUCHE

La discussion commence en 1907 au Congrès de chirurgie, où Delbet fait observer que la bouche de la G-E ne fonctionne pas lorsque le pylore est perméable. Plus tard, Bernard (d'accord avec Montprofit, Mayo, Robson, Rotgans) cite une observation qui donne tort à Delbet; le pylore et la bouche sont perméables en même temps. Et ce n'est qu'en 1921 que les travaux de Hartmann sont venus régler la question définitivement. Voici ce que nous trouvons dans sa communication (le 19 octobre 1921, Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.) :

« L'évacuation se fait surtout par la bouche lorsque celle-ci occupe l'antrum pylorique, par le pylore lorsque la bouche est sur la portion cardiaque de l'estomac. La section du pédicule nerveux de l'estomac supprimant la motricité de la portion pylorique est suivie d'une absence de passage par le pylore normal et de l'évacuation à travers la bouche gastro-jéjunale. La portion paralysée ne se contracte plus et ne pousse plus les aliments vers le pylore normal. Il n'y a plus

de différence entre la portion pylorique et la portion cardiaque. Peu importe alors le siège de la bouche, même située sur la portion cardiaque, elle fonctionne. »

La conclusion au point de vue pratique est donc la suivante : la G-E sur l'estomac à pylore perméable doit être pratiquée très près du pylore au point où les contractions gastriques sont intenses sur une zone non pas anatomiquement mais physiologiquement déclive.

OBLITÉRATION DE LA BOUCHE

Certes, il existe des observations montrant une véritable sténose cicatricielle de la bouche. Papadopoulos (1910), Delore, Michon et Polloson (1924), Papin (1929) publient des cas authentiques. Mais en les examinant de près, on s'aperçoit que ces observations ont la signification d'une véritable expérience tant y est bien montré l'influence *d'une bonne bouche* de la G-E sur l'ulcère pylorique. Il apparaît alors que durant le temps où la néostomie fonctionnait bien, l'ulcère non seulement paraissait silencieux, mais que les signes cliniques faisaient croire à une guérison complète. Les manifestations sténasantes se montraient-elles plus évidentes, immédiatement les signes d'ulcus, les douleurs rythmées et tardives faisaient leur apparition, et à une intervention itérative on constatait une poussée plus ou moins prononcée d'antrite de pylorite, de gastrite ulcéreuse. On cons-

tatait aussi que la bouche laissait à peine passer l'extrémité d'une sonde cannelée.

La fable de l'oblitération de la bouche de la G-E a été heureusement détruite par Hartmann (1914) et nous ne pouvons mieux illustrer notre pensée qu'en citant ce passage : « Jamais, nous n'avons personnellement pu concevoir qu'un orifice bien ourlé de muqueuse sans traces de tissus cicatriciel à son niveau puisse se fermer automatiquement, pour la seule raison que la voie créée n'est pas physiologiquement utilisée, ce serait contraire à toutes les lois de la physiologie. » Mais si les lois biologiques s'opposent à la conception de l'oblitération, les nombreuses fautes de technique, souvent insignifiantes, l'expliquent très bien : une bouche mal ourlée, faite à la hâte ou dans un tissu oedématié qui ne tiendra pas. Mieux vaut faire dans ces conditions, comme notre maître Bernard Desplas, l'anastomose au bouton de Jaboulay comme premier temps.

« CIRCULUS VICIOSUS »

Quant au « *circulus viciosus* », il est devenu très rare. On n'en parle plus et nous n'en avons pas trouvé mention dans les observations de ces dernières années. Le « *circulus viciosus* » est devenu exceptionnel et peut-être attribuable, à l'heure actuelle, soit à des erreurs de technique grossières (anse trop longue, situation défectueuse de l'anse et de la bouche), soit à des accidents infectieux — si remarquablement

étudiés par P. Duval et en particulier par Fevre dans sa thèse (1927) — heureusement rares.

ULCÈRE PEPTIQUE

Depuis que Braun, au Congrès de Berlin, en 1899, a présenté la première observation de l'ulcère peptique jejunal, cette complication redoutable est restée pendant longtemps comme un épouvantail pour les chirurgiens. Cette complication présentait une telle gravité que, tout en étant rare, elle grévait singulièrement le bilan de la méthode. Après Braun, en France, c'est Gosset, Delore et Hartmann qui ont apporté plusieurs observations et ont insisté sur la gravité de cette complication.

Delore et Couvert distinguent deux variétés d'ulcères peptiques : l'ulcère de la bouche en partie évitable par la bonne technique, et l'ulcère du jejunum qui est une nouvelle localisation de la maladie ulcéreuse.

Cette grave complication n'existe plus, ou tout au moins, ne doit plus exister, toutes réserves faites quant aux localisations nouvelles et imprévues de la maladie ulcéreuse, mais ne doit plus être imputable à une G-E bien faite. Et, en effet, depuis déjà longtemps, on parle de moins en moins de l'ulcus peptique, car l'affection est devenue très rare depuis qu'on a renoncé aux anastomoses antérieures y-psiliformes pour faire la G-E à anse courte; que l'on évite *au maximum* les traumatismes opératoires par suppression des clamps; depuis que la technique des

sutures est devenue rigoureuse et que l'on emploie pour les plans totaux du catgut.

Donc, c'est surtout le matériel de suture qu'on doit incriminer. Deux intéressantes observations publiées par Gosset en font foi (Bull. et Mem. Soc. de Chir., t. XLV, n° 2). On trouve dans le voisinage de l'ulcus jéjunal des fils de soie pendant librement dans la cavité. Ces fils furent la cause de reprise des douleurs dans un cas et d'un ulcère peptique perforé dans l'autre.

Ce qui vient d'être dit permet de supposer avec juste droit qu'il s'agit très fréquemment, sinon toujours, d'une faute de technique ou de l'emploi de fils non résorbables.

Enfin, les travaux récents ont montré qu'une poussée d'infection venue de la bouche, de la gorge, du nez, des dents ou de l'abdomen, peut favoriser ou déterminer l'éclosion d'un ulcus peptique. Si après l'opération précipitée reste un hématome sur la ligne de l'anastomose, il s'infecte facilement, produit un abcès sur la ligne de suture; l'abcès se vide et laisse une cavité infectée qui provoque un ulcère peptique. On ne saurait donc nier l'importance des recherches d'un foyer infectant avant l'opération et il faut regretter qu'en pratique ces précautions soient si rarement observées.

LES PERFORATIONS

Larrieux a fait une enquête auprès des chirurgiens français et étrangers et, sur un total de 10.500 G-E, il trouve 81 perforations post-opératoires, pourcentage qui n'atteint même pas 1 %. Les chirurgiens américains qui opèrent précocement ne comptent pas de perforations parmi leurs succès. La plupart du temps, il s'agit soit de ces ulcères que P. Duval a appelé « ulcères perforés et bouchés », libérés par des manipulations opératoires; soit de ces ulcères opérés tardivement après un traitement médical inopérant et traînés pendant trop longtemps. C'est une raison pour le chirurgien de réclamer une intervention précoce pour opérer dans un tissu relativement sain.

LES HÉMORRAGIES

a) Les H. précoces peuvent être dues le plus souvent à une exploration trop « énergique » de la muqueuse enflammée pendant l'opération : exploration avec la sonde canelée, frottement exagéré avec une compresse éthérée, manipulations brutales.

b) Les H. tardives peuvent, elles, être mises sur le compte de la G-E, quand on ignore le régime alimentaire du malade à l'époque de cette hémorragie, sa fragilité vasculo-sanguine, son temps de saignement, son temps de coagulation. Et malheureusement, dans toutes les observations où on parle d'hémorragies tardives, on laisse de côté l'hématologie.

L'APPARITION DE NOUVEAUX ULCÈRES

APRÈS LA G-E

Nous trouvons dans la thèse remarquable d'Oberthur le passage suivant : « Plus curieux que les cas de persistance d'ulcère après le G-E, sont ceux où la G-E s'est montrée impuissante à prévenir le développement de nouveaux ulcères ».

A vrai dire, cette question nous surprend. Pourquoi en effet demanderait-on davantage à une opération bien moins traumatique, mutilatrice et meurtrière qu'une résection, plus difficile et incomparablement plus grave. La gastrectomie, si étendue soit-elle, pourrait-elle prétendre à s'offrir comme une médication radicale et définitive pour une maladie aussi obscure dans la pathogénie que la maladie ulcéreuse.

On sait très bien aujourd'hui que la gastrectomie même très large ne met pas à l'abri des récidives. Finsterer, von Haberer, Delore, Leriche et beaucoup d'autres ont apporté plusieurs cas d'ulcères ayant récidivé deux et trois fois après des gastrectomies étendues. Les récidives sont possibles avec toutes les opérations existantes et il en sera de même avec n'importe quel procédé qui laissera assez de paroi gastrique pour qu'il puisse s'y développer un ulcère : en outre, il ne faut pas oublier qu'après la G-E reste une alcalinisation permanente dont l'importance a été signalée par plusieurs auteurs.

LA PERSISTANCE D'UN ULCÈRE ANCIEN APRÈS LA G-E

Cette question fait le fond de notre travail et les observations que nous devons à l'obligeance de nos maîtres, docteurs Bernard Desplas et Gaston Durand, nous serviront à montrer par les constatations opératoires les cicatrisations complètes des ulcères après une simple G-E.

LA TRANSFORMATION MALIGNE

Rien n'est plus incertain que les différentes opinions émises au sujet de la transformation maligne des ulcères duodeno-gastriques.

Pauchet disait même que le cancer est la fin naturelle de tous les ulcères gastriques gastro-entéro-stamisés.

Prend-on des statistiques, on voit que, suivant les auteurs, la cancérisation oscille entre 5 et 95 p. 100. Résoudre ce problème serait résoudre une grande partie de la pathogénie néoplasique maligne.

De deux choses l'une : ou 95 ulcères sur 100 se transforment en cancer, mais c'est inexact, parce qu'on octroie largement 75-80 % de guérisons définitives à la G-E; ou il y a seulement 5 ulcères sur 100 qui subissent la transformation et alors on doit établir une surveillance serrée et prolongée. Cette expectative armée serait la meilleure façon de se conduire en face d'un néoplasme éventuel.

Que la transformation maligne des ulcères existe, tout le monde est d'accord; que son danger soit sérieux, c'est indiscutable; que le diagnostic opératoire soit impossible, c'est encore un fait, mais qu'on n'oublie pas que la malignité biologique du cancer dépasse largement nos moyens d'investigations cliniques. Alors comment prévoir? Serait-il nécessaire, comme le font certains chirurgiens américains, d'appendicectomiser tout le monde à la naissance par crainte d'une appendicite gangréneuse ou d'une péritonite mortelle.

Enfin, Luff, en Angleterre, qui a publié en 1930 les résultats d'une enquête portant sur 650 opérations d'ulcère gastrique, dit qu'aucun cas authentique de cancer développé sur l'ulcère n'a été observé dans toute cette série.

Devant ces réflexions, osera-t-on affirmer qu'une résection même très large mettra toujours à l'abri d'un cancer? Non, alors le cancer se développera à distance de la cicatrice.

LES TROUBLES INTESTINAUX CONSÉCUTIFS À LA G-E

Le problème de la néostomie continente, véritable pylore physiologique, n'est pas encore résolu par la chirurgie; seule existe à l'heure actuelle la bouche large néostome de drainage.

Dans certains cas, les gastro-entérostomisés se comportent comme les animaux dont on a enlevé l'estomac. Peut-on reprocher à la G-E créée *ad hoc*,

cette évacuation rapide? Certainement non. Nous verrons plus tard que c'est surtout la dérivation qu'on réclame de cette opération; quant aux troubles intestinaux consécutifs, ils sont exceptionnellement sérieux; la plupart du temps, par le régime bien ordonné, l'alimentation bien réglée, on arrive assez rapidement à avoir raison des troubles intestinaux, digestifs sous forme de malaises post-prendiaux, douleurs, pesanteurs ou de diarrhées résultant de l'abouchement artificiel de l'estomac. Comme principe général, on donnera des aliments d'une digestion facile bien divisés et on fera faire de petits repas espacés au lieu d'un petit nombre de repas copieux.

UNE CAUSE PEU CONNUE D'ÉCHEC APRÈS LA G-E

P. Duval et J.-Ch. Roux l'ont montrée en 1924. Bien étudiée par Welti dans sa thèse de 1926, cette cause d'échec est une sténose incomplète sous-valérienne pré-existante du duodénum.

Il existe plusieurs variétés de ces sténoses basses du duodénum, mais les mieux connues sont les deux suivantes : a) celle de Cotte et Carive : compression de la troisième portion par le pédicule mésentérique; b) celle de Petit : compression par des brides péritonéales sur la troisième et quatrième portion. La G-E une fois faite, l'examen radiologique devient particulièrement difficile sinon inutile, ne donnant aucun signe permettant d'expliquer les troubles consécutifs à cette G-E illégitime.

En un mot, la vidange de l'estomac est assurée, celle du duodénum ne l'est pas. Pour faire cesser ce trouble, on pratiquera la duodéno-jejunostomie qui, dans tous les cas où elle a été appliquée, a donné une guérison immédiate et durable.

LA PERSISTANCE DES DOULEURS APRÈS UNE G-E

Quoique on ait répété plusieurs fois que la G-E sur un estomac sain crée un état morbide supplémentaire, on a bien de la peine à le comprendre et à l'expliquer physiologiquement. Tout semble prouver, comme par exemple les observations de Delore que nous avons citées plus haut, que si, pendant que la bouche s'oblitére, l'ulcère apparaît de nouveau, il est permis de supposer que la seule diminution de calibre de la bouche sur un estomac guéri peut provoquer des troubles algiques, soit en déterminant un réflexe par compression des filets nerveux dans le tissu cicatriciel, soit par l'effort de propulsion des aliments qui sont coincés dans la bouche infundibuliforme. Dans d'autres cas, la douleur apparaît parce que la lésion vraie et non gastrique est passée inaperçue et persiste, ou que l'opération n'a pas été correctement exécutée.

Par les manipulations trop brutales, on provoque des adhérences : les anses tordues dirigées dans un sens défectueux peuvent causer les pires dégâts, être la cause d'un « circulus » ou d'un ulcère peptique jejunal. Enfin, toutes fautes de technique peuvent

être responsables de la persistance des douleurs : l'anse mal appliquée, mal suturée, la bouche trop longue ou trop étroite. la brèche du méso-colon trop gras, étranglant l'anastomose et surtout si cette brèche a été suturée au jejunum ou à l'anastomose et non pas à l'estomac, une anse jéjunale étranglée dans l'orifice de la brèche mal fermée.

L'ABUS DE LA G-E

Les gastro-entérostomies « de complaisance » faites sans diagnostic clinique correct pour faire quelque chose, n'ont pas tardé à amener des constatations déplorables.

En 1919, W. J. Mayo avait enlevé plus de 300 G-E inutiles. La réaction inverse permit à Pibram dans un travail intitulé « La maladie de la G-E », d'affirmer des choses paradoxales. Il a vu des cas où il existait bien un ulcère en évolution, où la G-E a d'abord guéri cet ulcère pour provoquer plus tard, quand l'estomac est devenu normal, les mêmes troubles fonctionnels dont la cause est en somme l'établissement d'un aboutissement anormal sur un estomac sain.

Il ne faut rien exagérer et se rappeler plutôt la phrase de Monyhan pleine d'humour britannique : « L'estomac est plein de sympathie pour les autres organes : beaucoup de viscères racontent en termes gastriques l'histoire de leur propre affection ».

Si au cours d'une laparotomie, dit Pauchet, pour troubles gastriques, l'opérateur ne trouve pas de lé-

sion nettement visible ou tangible de l'estomac ou du duodenum, il se gardera de faire une G-E. Il explorera la vésicule, l'appendice, et si cette exploration est négative, il fermera le ventre sans rien faire.

LES SUITES MÉDICALES DE LA G-E

Malgré la notion bien établie que l'ulcère digestif n'est pas une simple lésion locale, mais qu'il s'agit là d'une déficience profonde de l'organisme, certains chirurgiens disent encore à leurs malades, après l'opération : « Mangez ce que vous voulez... »

Dans certaines communications, nous trouvons les phrases suivantes : « Les malades cessent rapidement tout régime », « Les opérés mènent une existence normale et reprennent le vin ». Cela nous semble exagéré, car nombre de récurrences sont favorisées par les excès alimentaires post-opératoires.

Si par le régime on arrive à guérir les 2/3 des ulcérés au début, cette importance du régime une fois prouvée, on ne doit pas le supprimer, car ni la G-E ni la résection ne modifient l'état humoral.

De plus, après la G-E reste une plaie, qui nécessite des soins médicaux post-opératoires suffisamment prolongés. Le médecin ou le chirurgien, en supprimant le régime, poussent le malade vers de nouvelles complications et ne doivent pas faire grief à la G-E de ces échecs survenus simplement après elle, mais non à cause d'elle. En encourageant l'excès gastronomique, on assume une lourde responsabilité, car le

malade très amélioré peut être victime de cette quiétude d'où vient le tirer une hématomèse foudroyante ou une perforation.

Dans tous les cas, la G-E ne dispense nullement après comme avant d'un traitement médical. Le régime post-opératoire est encore un régime pré-opératoire et pendant assez longtemps (Gaston Durand).

Tous les malades de la consultation de notre maître Gaston Durand reçoivent après l'opération, avant de quitter l'hôpital, des instructions hygiéniques précises et une feuille de régime.

Pendant 6 mois après l'opération, les malades sont astreints à suivre à la lettre les prescriptions diététiques, puis peuvent enrichir progressivement, mais sans exagération, leur menu et revenir au régime initial à la moindre alerte.

Le régime restera en principe « triste, fade et sans goût » pour diminuer autant que possible les réactions sécrétoires. Le régime lacté est classique depuis Cruveilhier. Actuellement encore, il est, dans la majorité des cas, supérieur à tous les autres. Pendant les périodes subaigues il sera employé comme intermédiaire entre la diète rigoureuse des phases aiguës et la reprise progressive d'un régime plus étendu aux phases d'accalmie. Aussitôt que l'état du malade le permet, on passera au régime lacto-farineux pour obtenir un plus grand nombre de calories (pâtes, tapioca, gruau de blé ou d'avoine, crème de riz, orge sous forme de bouillies claires). Puis on arrivera assez rapidement aux purées claires (pommes de

terre, bananes, marrons, riz au lait, puddings) et les légumes verts passés.

Si l'état du malade est bon et qu'à l'opération on n'ait pas trouvé de lésion trop importante, on peut instituer d'emblée un régime carné sous forme de viandes crues pulpées, de hachis, sans sauce. Pendant très longtemps on évitera vinaigre, citron, épices, salades, légumes crus, cornichons, pâtisserie, fruits acides, raisin, figues, noix.

Durant des années on n'autorisera que le pain grillé en tranches minces, biscottes ou le pain rassis et on supprimera pour toujours l'excès de l'alcool sous toutes ses formes.

En cas d'apparition des troubles intestinaux dont nous avons déjà fait mention plus haut, on surveillera le régime et on fera faire de petits repas espacés.

En outre, il faut empêcher de fumer les malades gastro-entérostomisés. Moynihan a montré que la sécrétion chlorhydrique est proportionnelle à l'action de fumer.

Ajoutons enfin que sur le total de 20-25 % des malades non complètement guéris, l'échec n'est pas irréparable. Certains de ces malades sont très améliorés par le traitement médical post-opératoire qui, sans la G-E, n'aurait eu aucune efficacité.

LA G-E CURATIVE

Nous avons précisé en commençant ce travail que nous ne prétendons pas discuter les modes d'interventions, ni réfuter les statistiques des « radicaux et des conservateurs », et surtout loin de nous l'idée de proposer la G-E comme une panacée universelle ou de renchérir sur sa valeur thérapeutique.

Profitant des conseils de nos maîtres Bernard Desplas et Gaston Durand, nous apportons une simple contribution à l'étude de la G-E curative. Cette opération tant décriée pendant longtemps mérite un procès de révision et une place honorable parmi d'autres méthodes chirurgicales.

Parmi ces opérations pour traitement des ulcères gastro-duodénaux, les unes sont dites palliatives parce qu'elles n'agissent pas directement sur l'ulcère, mais le mettent dans des conditions favorables à sa cicatrisation; les autres sont dites radicales parce qu'elles enlèvent la lésion et sont supposées donner une guérison immédiate et définitive. Ces termes n'ont qu'une valeur relative, car tel ulcère sera guéri définitivement par une G-E, tandis que tel autre sera suivi d'accidents après avoir été guéri par une gastro-duodénectomie pendant un certain temps. Il résulte de

ces réflexions que la G-E fait souvent ce que ne fait pas toujours une résection : elle guérit l'ulcère.

Qui sait si demain une nouvelle découverte ne permettra pas de modifier sensiblement l'état ulcéreux morbide qui a provoqué la lésion et d'en faire bénéficier le malade qui a la chance de conserver entier son estomac même néostomisé.

L'alcalinisation humorale par les RX n'a pas été suffisamment étudiée mais a tout de même donné des résultats intéressants. Leven a attiré l'attention sur l'origine syphilitique de certains ulcères et notre maître Gaston Durand nous a montré deux malades chez lesquels le traitement spécifique a donné des guérisons complètes.

Le rôle de l'injection de l'extrait parathyroïdien et de la pepsine est à l'étude. C'est donc une raison d'insister ici encore sur l'intérêt du traitement médical et sur la collaboration intime du médecin et du chirurgien.

QUE DEVIENT LA « PLAIE » APRÈS LA G-E ?

C'est en désirant abaisser la mortalité post-opératoire des résections gastriques que notre maître Bernard Desplas pratique ces opérations en deux temps.

Il a pu ainsi en intervenant pour la deuxième fois constater *de visu* la disparition complète de grosses lésions inflammatoires qui ont provoqué la G-E.

Les cicatrisations semblaient se faire avec une rapidité remarquable dans les jours qui suivaient l'opération. On a pu voir en moins d'un mois la fonte complète de volumineuses tumeurs inflammatoires.

Si cette fonte n'était pas complète on notait alors que la lésion hypertrophique, très diminuée de volume, n'était plus congestive, les phénomènes inflammatoires de voisinage disparaissaient, et l'ancien ulcère était réduit à une cicatrice à peine notable.

Et cependant ces lésions, complètement transformées à la deuxième opération, étaient d'une importance telle à la première intervention qu'on hésitait entre un cancer et un ulcère calleux.

Parfois la lymphangite qui accompagne la lésion ulcéreuse, avec une adénopathie importante, devenait méconnaissable au bout des deux ou trois semaines, qui séparaient les deux interventions, et si on trou

vait encore quelques ganglions dans le territoire de l'ulcère, ils étaient petits, très mous et en nombre insignifiant. Enfin, quand on constatait, en faisant une G-E, de grosses périviscérités avec des brides, des adhérences, fixant en un seul bloc les organes du voisinage, unissant le duodénum à la face inférieure du foie et l'estomac au pancréas, montrant une périgastrite, une duodénite très intenses, on était agréablement surpris en constatant pendant le deuxième temps soit une disparition totale du phénomène inflammatoire, soit sa réduction à quelques flammèches de la réaction péritonéale.

Tels sont les résultats heureux et rapides de la G-E faite sur un estomac ulcéreux. Vérifiés par une laparotomie, ces résultats sont confirmés en outre par les observations cliniques montrant une véritable résurrection des ulcéreux gastriques gastro-entérostomisés. Très rapidement ils cessent de souffrir, engraisissent et se portent à merveille.

Toutes ces constatations faites, notre maître le docteur Bernard Desplas estimait qu'elles méritent d'être signalées et il a bien voulu nous prêter quelques observations en nous faisant part des réflexions qu'elles lui ont suggérées.

La G-E est avant tout un moyen de drainage très efficace qui permet d'abréger le séjour des aliments dans un estomac ulcéré ou d'empêcher le forçage du pylore spasmodique.

Il est évident que si, comme on l'avait prétendu au début, l'estomac ne se vide par le néo-pyloré qu'entre

les contractions, un ulcère gastrique ne serait jamais guéri par ce procédé ou que, tout au moins, la cicatrisation ne se ferait pas avec cette rapidité remarquable que montrent nos observations.

Les complications consécutives à la G-E, toutes celles que nous avons citées plus haut, notre maître Bernard Desplas ne les a plus constatées depuis qu'il pratique la gastro-entérotomie transmésocolique, postérieure et inférieure, très basse, le plus près possible de la grande courbure dans l'antrum pylorique. Cette anastomose peut être pratiquée soit à la suture quand il s'agit d'une G-E définitive, dans ce cas on fait deux surjets séro-musculaires et muqueux, soit au bouton de Jaboulay quand il s'agit d'opération en deux temps, de malades très fatigués, de grands sténosés ou de grands infectés.

La gastro-entérostomie est exécutée sans clamps ni pince d'aucune sorte, ni manœuvres d'écrasement et comporte une *hémostase très soigneuse*.

Il est à retenir surtout que l'anse courte entretient une alcalinité permanente du suc gastrique et amène le suc duodenal alcalin dans le jejunum en même temps que le suc gastrique ou, le plus souvent, le précède, ce qui est d'un puissant secours contre la menace de l'ulcus peptique jéjunal. Nous ne revenons pas sur la nécessité d'une technique rigoureuse, d'un matériel bien choisi et d'une exécution minutieuse et délicate des différentes manipulations opératoires.

Enfin, la G-E est une opération relativement facile, avec une mortalité opératoire minime, ne nécessitant

pas une spécialisation étroite indésirable et impossible à l'heure actuelle en France.

Le Congrès français de Chirurgie en 1928 a confirmé en outre le succès de la G-E en fixant à 70-80 % les guérisons définitives. Dès lors, puisque la G-E possède une efficacité indiscutable dans le traitement chirurgical des ulcères duodeno-gastriques, ne serait-il pas plus juste de commencer toujours par elle, quitte à intervenir plus tard par une résection si la guérison n'était pas définitive.

LE MODE D'ACTION DE LA G-E

Cette action est avant tout pour nous une action mécanique; c'est surtout par la dérivation qu'agit la G-E; puis nous avons insisté sur l'importance de l'alcalinisation du contenu gastrique au voisinage de la néostomie qu'on obtient par une anse très courte.

Mais ce n'est pas tout. Comment ne pas se dire, en examinant les observations comme la nôtre, N° 10, qu'il existe encore quelque chose de favorable pour que la cicatrisation se fasse aussi vite. Nous faisons appel pour résoudre cette question aux travaux du professeur Leriche, où il montre quelle est l'importance de la sympathectomie dans le processus cicatriciel. « Ne savons-nous pas, dit-il, que si on ouvre le ventre trois ou quatre jours après une opération gastrique ou intestinale, on trouve les parois cartonneuses épaisses, œdémateuses et survasculaires... »

Cette hyperhémie active, parce que sans le savoir, on a fait en opérant des neurotomies sympathiques, est d'une nécessité absolue pour ramener le tissu conjonctif à l'état embryonnaire.

Or, dans le processus cicatriciel, ce n'est pas la muqueuse qui régénère, il n'y a dans l'organisme que des

cicatrisations conjonctives. C'est donc le tissu conjonctif qui supporte les frais de réparation. Protégé par la couverture péritonéale qui le guide et une vascularisation intense consécutive à la sympathéctomie involontaire mais indispensable pour toutes les cicatrisations.

L'expérience confirme cette constatation en montrant que plus un ulcère est situé loin de la zone opératoire, moins il guérit facilement.

LES 25 % D'ECHECS

C'est un pourcentage d'échecs de la G-E curative consacré par le dernier Congrès de chirurgie.

Il est à éliminer de ce chiffre les cas qui deviennent très peu nombreux depuis quelque temps, à savoir : les indications insuffisamment justifiées de la G-E quand une nouvelle maladie s'ajoute à la première; les opérations mal faites, ou le matériel employé de mauvaise qualité, et enfin les erreurs de diagnostic où on a pris un cancer ulcéré pour un ulcère.

Dans ces 25 % d'échecs, il faut classer au premier plan les ulcères « perforés bouchés » dont l'orifice est obstrué par le foie, le pancréas ou la paroi; ces ulcères, par leur disposition anatomique même, ne peuvent pas être guéris par la G-E seule. La résection reprend ses droits absolus, indiscutés; elle devient une opération de nécessité qui s'impose absolument.

Il est vrai que ces indications ont perdu leur intérêt principal et s'il y a une vingtaine d'années, on discu-

taît sur la possibilité de guérison des ulcères à fond péritonéal par simple G-E, tout le monde est d'accord à l'heure actuelle qu'il ne faut pas demander à la G-E des miracles. Il faut reséquer, fût-ce une opération difficile, un ulcère qui sur sa longueur de 2, 3 ou 4 cm., a une partie de la paroi du tube digestif remplacée par un viscère du voisinage.

OBSERVATIONS

Nous devons ces observations à l'obligeance de notre maître Bernard Desplas. Les malades cités étaient opérés dans le service du Dr Chevrier à la Pitié.

OBSERVATION I

M. K..., 33 ans, repasseur. (Dr Dalsace). Vient consulter le 29 novembre 1929. Il se plaint d'une douleur persistante depuis juillet 1929, siégeant dans l'épigastre, tantôt médiane, tantôt latérale droite ou gauche, à type brûlure sans irradiations. Cette douleur est tardive, elle survient 5 ou 6 heures après les repas et réveille le malade la nuit. Les alcalins et antispasmodiques ont une influence sédative nette. En outre il est à noter que le malade souffre tous les jours sans rémission depuis le mois de juillet. Amaigrissement de 10 kilogs en 1 an. Jamais de vomissement ni de méloena.

I. 22.30. R X. Grosse stase de 10 h., estomac en coupe BW négatif.

Le 28 janvier 1930. *Interv. 1^{er} temps.* (Par Dr Desplas). — Ulcus duodénal avec sténose. On constate tout de suite: 1° un grand estomac à parois épaisses; 2° une pyloro-antrite avec maximum à droite; 3° le

duodénum fixé sous le foie complètement adhérent au col de la vésicule dont les parois sont épaisses et toute cette région forme *une masse très dure œdémateuse* et complètement immobile avec des caractères inflammatoires très nets. Le bas fond de la vésicule est aussi œdémateux, mais la vésicule n'est pas dilatée. Le duodénum est accolé à la face inférieure du foie. Le D 2 est sain. En présence d'une telle lésion on décide de faire une G E provisoire de drainage, vu le phénomène sténosant; et on décide de revenir dans 3 semaines pour se rendre compte de l'état des lésions.

G E au bouton de Jaboulay avec anse très courte et bouche très basse.

4 mars 30. *II^e Interv.* (Par Dr Desplas). — Le malade très amélioré au point de vue fonctionnel et général. L'incision de la paroi, malgré 5 semaines d'attente et un traitement à la glace, montre une inflammation qui n'est pas coutumière. Ventre ouvert: bloc d'adhérences entre le foie-estomac épiploon. La bouche de G E est normale dans la situation; on note des flammèches de réaction péritonéale autour d'elle. L'exploration de la région duodéno vésiculaire montre que *l'induration première est en plus grande partie résorbée*. Devant le processus inflammatoire on a l'impression que si la G E a modifié la lésion initiale (sûrement un ulcère), elle a été pratiquée au cours d'une évolution de périgastrite qu'elle a probablement exagérée. Libération des adhérences. Résection de l'épiploon. Sorti le 18 mars sans incidents.

OBSERVATION II

M. C..., 47 ans, rectifieur (Dr Dalsace). Souffre depuis 3 ans. Douleur continue avec crises de torsion survenant 3-4 heures après les repas, siégeant dans le creux épigastrique irradiant dans le dos. Ces douleurs se terminent par un vomissement qui soulage la douleur. Les aliments ont également un effet sédatif, les alcalins très peu. Exagération notable depuis les derniers mois. Constipation. Amaigrissement de 5 kilogs en 3 semaines. Pas de hématurie ni de méloéna. A l'examen une défense à droite dans l'épigastre. Intervention: ulcère duodéno-pylorique avec soupçon de transformation.

Le 25 mai 1928. *I^{er} temps*. Monsieur Desplas fait une laparotomie médiane. Il s'agit d'un ulcère pylorique en voie probable de transformation sans ganglions. Le malade est fatigué. On lui fait une G E. au bouton de Jaboulay comme premier temps d'une excrèse secondaire. Le bouton était rendu le 7 juin 1928.

Le 29 juin 1928. *II^e temps*. (Par Dr Desplas). — Adhérences épiploïque au niveau de la ligne de suture. L'anostomose au bouton est parfaite sans adhérences, sans torsion. *La lésion pyloro-duodénale est complètement transformée, méconnaissable*. L'estomac est resté rouge, il existe un certain degré de périhépatite. On fait une pylorectomie par section première de l'estomac; triple enfouissement de duodénum avec suture muqueuse et pariétale.

OBSERVATION III

M. C., 53 ans, employé. (Dr Dalsace). Le malade est hospitalisé le 29 décembre 1928 pour des crises gastriques douloureuses. Il souffre de l'estomac depuis 7 ans, mais depuis quelques mois les crises deviennent plus fréquentes et plus douloureuses. La douleur survient habituellement vers 10 h. et vers 16 h., elle est à type brûlure très intense, siège au centre de l'épigastre, s'irradie dans le dos. Parfois elle s'accompagne de vomissements jaunâtres très acides. De plus le malade a pu constater à plusieurs reprises que les selles étaient comme du goudron. La recherche du sang au laboratoire a donné un résultat négatif. Perte de l'appétit; amaigrissement notable. A l'examen, on trouve l'abdomen souple, la région épigastrique en totalité douloureuse, présente un point plus vif sous le rebord costal à droite. Les vomissements se rapprochent; l'intolérance est à peu près complète. On a discuté pour savoir s'il s'agissait d'un ulcère, d'un néoplasme ou d'un spasme. Le B W est négatif, les réflexes sont normaux. On décide vu l'état général du malade d'intervenir.

Le 4 janvier 1929. *1^{er} temps*. (Par Dr Desplas). — Il s'agit d'une lésion de la petite courbure très adhérente en arrière avec ganglions. Les adhérences nettement postérieures et dures, mais sans infiltration caractéristique du néoplasme. Dans ces conditions on prélève des ganglions qui sont mous. On note l'existence d'un spasme pylorique très net. On fait une G E post sus mésocolique à travers le méso.

Le 8 février 1929. *IIe temps.* — Monsieur Desplas fait une laparotomie médiane. Adhérences de la petite courbure au foie. Anastomose fonctionne bien. Le bouton de Jaboulay est rendu, on ne le trouve pas. *On note que la lésion ulcéreuse inflammatoire pour laquelle on a fait une G E il y a 3 semaines semble avoir complètement disparu, et cependant lors de la première intervention, elle était tellement importante qu'on avait hésité entre un néoplasme et un ulcère calleux.* On ferme le ventre en adressant le malade au Dr Gaston Durand pour surveillance et traitement médical post-opératoire. Le malade est sorti le 22 février. Sans incidents. L'examen histologique de deux ganglions prélevés a montré qu'il n'y avait pas d'envahissement néoplasique.

OBSERVATION IV

Madame Z..., 44 ans, ménagère. (Dr G. Durand). Souffre depuis 14 ans dans la région épigastrique. Une douleur tardive, à type brûlure et à torsion survient 3-4 heures après les repas. Les vomissements rares évacuent un liquide jaunâtre, brûlant et acide qui calme les douleurs. Elle avait remarqué dans ces vomissements la présence de matières alimentaires mais elle n'avait jamais vomi de sang, et n'avait jamais eu de méloëna. La douleur est presque continuelle et depuis 14 ans la malade ne se souvient pas d'une période prolongée de cessation complète des douleurs. Il y a 2 ans, elle avait encore une crise douloureuse avec irradiation en broche dans le dos, ayant duré plusieurs heures; la douleur s'était terminée par un vomissement très acide et abon-

dant avec quelques filets de sang sans qu'on put y voir une hématémaise véritable.

Le 10 février 1930. *I^{re} Interv.* (Par Dr Desplas). — Grand estomac dilaté avec stase. Biloculation du duodénum. Il ne s'agit pas d'un diverticule, mais d'un ulcère calleux de D1. L'ulcère ayant tous les caractères de l'ulcère gastrique et qui bilocule le D1 de telle sorte qu'avec le pylore et la bride cicatricielle le plus à gauche il forme hernie. Le phénomène est exagéré par une réaction épiploïque intense et des adhérences formant brides qui tirent en haut et en bas les éléments de cette biloculation. Dans ces conditions on fait purement et simplement sur l'autre une G E sur 4 travers de doigts, anse courte plus inférieure que postérieure. Pas de ganglions. Rien à la vésicule.

II^e Intervention. (Par Dr Desplas). — Le G E est en très bonne place, fonctionne bien. *L'ulcère qui était plus gros qu'une pièce de 2 francs a pour ainsi dire complètement disparu, mais le diverticule de pulsion persiste.* Dans ces conditions: résection en un bloc du diverticule de la paroi antérieure et de l'ulcère. Toujours pas de ganglions. Sortie le 22 février. Sans incidents. Le 27 décembre 1930 a engraisée de 24 kgs.

OBSERVATION V

M. G..., 46 ans, facteur des Postes. (Dr G. Durand).

Les premiers troubles dyspeptiques remontent à 15 ans. A cette époque il ressent après les repas une douleur vive au creux épigastrique qui s'accompagne de pyrosis et quelquefois de vomissements d'eau acide.

Jusqu'il y a deux ans, la maladie évolue par crises durant une quinzaine de jours, séparées par des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels il ne souffre pas du tout, abandonne son régime mais n'accuse pas d'excès alcoolique. En 1927, les douleurs deviennent plus intenses, continuelles pour ainsi dire; les douleurs surviennent à n'importe quelle heure de la journée et réveillent le malade la nuit. Non calmées par les changements de position, légèrement influencées par ingestion du lait, nettement calmées par des vomissements que le malade provoque lui-même. Anorexie marquée pour la viande, l'état général s'altère progressivement sans qu'on puisse noter un amaigrissement sérieux. A la suite d'une crise, il est hospitalisé en 1927 et pendant son séjour à l'hôpital pour la première fois, il a une hématomélose abondante. Constipation opiniâtre. Le 15 février 1930, la recherche du sang dans les selles donne des résultats positifs.

Le 28 février 1930. *I^{re} Interv.* — Monsieur Desplas fait une laparotomie médiane. Il s'agit d'un ulcère pylorique, très adhérent, très enflammé, très adhérent au pancréas, pour lequel une intervention directe serait absolument déraisonnable. On fait facilement une G E au bouton de Jaboulay, anse très courte, tout près de la grande courbure.

Le malade est amélioré très rapidement et engraisse.

Le 24 juin. *II^e Interv.* (Par Dr Desplas). — Le malade n'a pu rendre le bouton de Jaboulay. Le malade est très bien portant, a engraisé de quelques kilos, consent à se faire enlever le bouton. A l'ouverture du ventre, constate: des adhérences de l'estomac, de l'épiploon à la paroi. Libération de ces adhérences. Le

malade est très engraissé. *On ne trouve plus de traces de la lésion qui a nécessité la première intervention.* Seul persiste un noyau fibreux au niveau de la lésion primitive. Le bouton est en place. Périgastrite très limitée. On enlève le bouton.

OBSERVATION VI

M. V..., 31 ans, maître d'hôtel. (Dr G. Durand).

Très bien portant jusqu'à septembre 1927, ce malade accuse l'excès de table et d'alcool. Les troubles digestifs apparaissent progressivement; il perd l'appétit, ressent une pesanteur après les repas et même une douleur, sans localisation fixe au creux épigastrique. L'affaiblissement est très marqué. Amaigrissement, inappétence. Le 26 octobre, il consulte le Dr Gaston Durand et à cette époque présente les symptômes cardinaux suivants: 1^o Méloéna à répétition amène assez rapidement un état d'anémie marquée et nécessite 6 transfusions du sang; 2^o Les douleurs atroces, à siège épigastrique avec prédominance à droite irradiant dans l'épaule gauche et survenant 4-5 heures après les repas, réveillent souvent la nuit. L'ingestion du lait amène une accalmie passagère et tous les matins la faim douloureuse exaspère le malade. A cause de ces douleurs seule l'alimentation lactée bien supportée est possible. Constipation progressive et rebelle.

Le 19 janvier 1928. *1^{re} Interv.* (Par Dr Desplas). — Il s'agit d'un ulcère duodénal très hémorragique. Le malade a été saigné à blanc. Un grand estomac dilaté et début de sténose. L'ulcère siège au voisinage du pylore. Périduodénite extrêmement intense avec très

fortes adhérences à la vésicule qui participe à la péri-duodénite. Le tout est enflammé et fixé au pancréas. L'estomac est dilaté. On fait une G E postérieure trans-mésocolique à anse courte en amenant le grêle à l'estomac. On remarque en faisant le décollement colo-épiplœique, de fortes adhérences de la face postérieure de l'estomac avec le pancréas.

Le 15 mai 1928. *II^e Interv.* (Par Dr Desplas). — *On peut parler d'une guérison véritable au point de vue clinique.* Transformation complète de l'état général, le malade a engraisé et se porte à merveille; il n'a plus jamais ressaigné depuis la première intervention. Et c'est sur la demande du Dr Gaston Durand, qui se souvenant de la forme particulièrement hémorragique de l'ulcère demande à faire une duodénectomie.

A l'incision on ne trouve plus du tout d'adhérences. Une bonne G E; la lésion duodénale est mobile, siège nettement en dehors du pylore. On resèque. *Il faut noter que l'ulcère complètement cicatrisé a déterminé une véritable sténose extra pylorique.*

Examen histologique. Un ulcère typique. Sclérose intense. Aucune inflammation.

OBSERVATION VII

M. D..., 57 ans, manoeuvre. (Dr G. Durand).

Les premiers troubles dyspeptiques datent d'il y a 5 ans. Il y a 5 ans à la suite d'excès éthyliques le malade ressentait de temps à autre des brûlures vives dans l'épigastre, irradiant en ceinture, s'accompagnant de pyrosis de régurgitations acides, de pituites matinales mais sans vomissements. Les crises d'accalmies

étaient peu nettes et n'amenaient jamais la cessation complète des douleurs. Cependant les crises graves n'étaient pas fréquentes. Mais vers le mois de septembre dernier les crises deviennent plus fréquentes, plus intenses et obligent le malade à entrer à l'hôpital. Les vomissements abondants apparaissent tantôt sous forme d'un liquide clair et acide, brûlant, tantôt alimentaires. Jamais d'hématémèse ni de méloéna; la recherche des hémorragies occulte a toujours donné un résultat négatif. A l'examen radiologique on a pu constater une grosse stase barylée de 9 k. 1/2. Il s'agit donc d'une sténose du pylore par néoplasme probable ou ulcéro-cancer.

Le 31 mai 1928. *I^{re} Interv.* — Monsieur Desplas fait une laparotomie médiane. Ulcère calleux enflammé typique sans ganglions. On fait, vu l'état inflammatoire, une G E au bouton de Jaboulay se proposant de réséquer en deuxième temps la partie malade. La lésion est grosse comme une mandarine. On ne peut en discuter la nature exacte. Il semble qu'il pourrait s'agir d'un cancer.

Le 15 juin 1928. *II^e Interv.* (Par Dr Desplas). — Médiane. Pas d'adhérences; l'estomac est mobile. La G E parfaite fonctionne très bien. *La lésion qui a nécessité la première intervention, est radicalement transformée. Elle présente un aspect cicatriciel sans lymphangite, le tout est réduit à une sténose. Résection gastrique par suture première de l'estomac.*

Examen histologique: montre un ulcère pylorique typique.

OBSERVATION VIII

M. C... Salle Farabeuf (D^r Dalsace).

Malade auquel il a été fait ailleurs une G E probablement pour ulcère de la petite courbure. Il est hospitalisé pour un syndrome dyspeptique qui fait soupçonner une transformation maligne.

Le 24 juin 1929, Monsieur Desplas fait une laparotomie médiane. On trouve dans la paroi au voisinage des points de suture (probablement des soies) une plaque cattilagineuse et osseuse au milieu du tissu inflammatoire.

Périgastrite très intense, adhérence à la peau, à la vésicule au colon. Périgastrite autour de la bouche qui est tordue. Libération des adhérences à la suite, l'anse afférente et efférente n'est plus tordue.

Libération du colon. Résection complète de l'épiploon que l'on a détaché de la face inférieure de l'estomac. *On trouve la place de l'ancien ulcère de la petite courbure qui est complètement cicatrisé.*

OBSERVATION IX

M. C..., 56 ans. (D^r Dalsace).

Vient consulter pour des douleurs gastriques. Ces douleurs ont commencé il y a plusieurs années insidieusement par une dyspepsie banale qui, sans cause apparente, devenait assez rapidement insupportable pour la malade. Sans horaire fixe, tantôt précoces, tantôt tardives, calmées par ingestion des aliments. Mais si elle s'abstenait de ne pas manger, à l'acmé de la douleur

apparaissait un vomissement abondant très acide amenant un apaisement passager. Ayant essayé plusieurs fois un traitement médical sans beaucoup de conviction, elle pensait que seule une intervention chirurgicale pouvait la guérir. Très constipée de longue date, névropathe très irritable; malgré un nombre de drogues variées et fantaisistes, elle raconte que, à plusieurs reprises, elle se croyait complètement guérie. Pendant des longues rémissions où elle ne sentait plus son estomac. Puis à deux reprises, deux hématomésès l'obligent à reprendre son régime et les pansements gastriques.

Le 7 septembre 1928. *I^{re} Interv.* (Par Dr Desplas). — Il s'agit d'un ulcère à forme de tumeur très haut placé, cardiaque, avec une grosse inflammation et une périgastrite très intense. En outre, l'estomac est distendu avec spasme pylorique; on ne peut enlever la lésion. On fait alors une G E inférieure et postérieure au bouton de Jaboulay comme traitement symptomatique de la distention gastrique.

Le 26 avril 1929. *II^e Interv.* (Par Dr Desplas). — Très améliorée par la GE la malade reprend 1 kilo. Mais le bouton n'est pas rendu et elle est de nouveau hospitalisée. Les troubles dus à l'ulcus ont disparu, il reste une légère susceptibilité digestive. Elle suit assez convenablement son régime. A l'intervention, on constate que la *lésion ulcéro-tumorale existe encore, mais elle est méconnaissable, très diminuée de volume, elle n'est plus congestive, les phénomènes inflammatoires de voisinage ont disparu.* On ne peut pas reséquer, car la lésion est très adhérente en arrière dans la région des vaisseaux. Dans ces conditions, on fait une gastro-gastrostomie de part et d'autre de l'ulcère.

OBSREVATION X

M. F..., 51 ans. (Dr G. Durand).

Entré à l'hôpital pour les douleurs au creux épigastrique et vomissements. Il y a 2 ans, le syndrome commence par des douleurs: sensation de brûlure survenant environ 1 heure après les repas. Les douleurs s'arrêtent nettement par les vomissements de plus en plus fréquents, très acides et brûlant la bouche. Ces crises douloureuses, d'abord espacées et séparées par de longues périodes d'accalmie (allant jusqu'à 4 mois passés sans le moindre trouble) deviennent plus fréquentes et deviennent même quotidiennes lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Malgré les vomissements répétés et régime assez régulier, le malade n'a que très peu maigri; il n'avait jamais eu d'hématémèse. La douleur maxima siège dans la région hyroïdienne. Sa violence est inouïe avec fortes irradiations en arrière et vers l'épaule gauche.

Le 10 août 1928. *I^{re} Interv.* (Par Dr Desplas). — Il s'agit d'un ulcère typique de la petite courbure, prépylorique avec périgastrique inflammatoire en évolution. Pas de ganglions. On fait une G E postérieure transmésocolique avec le gros bouton de Jaboulay.

Le 23 août 1928. *II^e Interv.* (Par Dr Desplas). — Il n'existe aucune adhérence, plus de périgastrite, les lésions inflammatoires très diminuées. *Quant à l'ulcère il est réduit à une cicatrice à peine notable. Le bouton est resté en place.*

Quelques ganglions mous de la petite courbure. On fait une gastrectomie large après avoir vérifié l'anastomose, qui est dans un état parfait.

L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un ulcère typique.

A PROPOS DES OBSERVATIONS

Les observations que nous publions permettent de constater qu'en opérant en deux temps les ulcères duodéno-gastriques, on est surpris par la rapidité avec laquelle les ulcères simples arrivent à se cicatriser.

La fonte de ces pseudo-cancers est remarquable : le processus inflammatoire diminue rapidement tant à l'intérieur de l'estomac que dans ses manifestations perverscérales. Les malades engraisseront rapidement et cessent de souffrir, et si on n'écouterait que les réflexions subjectives des malades, on ne réinterviendrait jamais pour faire une résection.

Mais la sagesse conseille et la clinique confirme cette opinion qu'il faut être éclectique, ne pas se contenter d'une méthode à l'exclusion des autres, mais savoir employer les unes et les autres suivant les cas.

Pour suivre ce principe, on ne doit pas se baser uniquement sur les appréciations cliniques, mais suivant l'aspect de la lésion prendre la décision au moment même de l'opération. Certes cette décision ne sera pas toujours aisée, mais elle n'est pas impossible. Dans la plupart des cas existent les directives d'ensemble fournies à la fois par la clinique et par l'exploration du viscère. Si on veut se donner la peine

de soupeser le pour et le contre, on peut habituellement déterminer d'avance la nécessité réelle de la résection. Par contre, il serait regrettable que dans la moyenne des cas on substituât par principe la gastroduodénectomie (et surtout la résection de l'antrum pylorique en laissant en place l'ulcère) à la gastro-entérostomie.

Nous voulons encore ajouter en terminant que si tout le monde s'accorde à appliquer la G-E aux ulcères pyloriques parce qu'il y a une stase gastrique, on oublie trop souvent que l'ulcère gastrique s'accompagne souvent d'un spasme du pylore. A cause de ce spasme pylorique, l'ulcère gastrique ne peut que bénéficier du court circuit du tractus digestif que crée la G-E.

Dans la phase pré-ulcéreuse, il y a rétention prolongée du chyme dans la cavité gastrique, puis prolifération microbienne banale le plus souvent dans les culs-de-sac cryptiques. Dans une seconde phase, cette infection locale microbienne provoque une réaction cellulaire mésodermique de la région; et cette réaction entraîne à son tour l'évolution vers la métaplasie des cellules nobles de l'estomac.

Comme la métaplasie est probablement la cause principale du cancer et de l'ulcère, nous voyons l'importance capitale des troubles de l'évacuation gastrique.

La thérapeutique de base des gastropathies doit donc se proposer en tout premier lieu d'assurer une vidange normale de l'estomac (Félix Ramond).

CONCLUSIONS

1° La G-E est une excellente opération, simple, peu traumatique, avec une mortalité minime.

2° Elle détermine la guérison de l'ulcère et nos observations montrent qu'à la deuxième intervention on n'a pas trouvé trace de l'ulcère qui a provoqué la G-E. Très rapidement, en moins d'un mois après la G-E, on peut constater : la fonte complète de volumineuses tumeurs inflammatoires; la disparition totale de la lymphangite; transformation de ganglions qui deviennent mous ou disparaissent; cessation ou atténuation très marquée des adhérences et des periviscentes.

3° Son action est triple : a) *mécaniquement*, elle assure une dérivation (toujours nécessaire, car même dans l'ulcère gastrique existe un degré plus ou moins marqué de sténose pylorique); b) *chimiquement*, elle alcalinise le contenu gastrique; c) *physiologiquement*, car l'opération provoque une série de sympathicectomies involontaires et une hyperhémie active indispensable pour la circulation.

4° Le dernier Congrès de Chirurgie a accordé à la G-E 75-80 % de succès définitifs. Les 20-25 % de dé-

chets ne sont pas complets. On peut récupérer dans ces échecs certaines guérisons par le traitement médical, lequel est réactivé, si on peut dire, par la G-E et serait inactif sans elle.

5° Le traitement médical est de tout premier plan, sinon les résultats finaux sont compromis.

6° Les reproches faits à la G-E ne sont pas bien fondés : 1) le choc opératoire, les complications pulmonaires, les troubles intestinaux et les récidives peuvent s'observer après n'importe quelle opération; 2) l'ulcus peptique, le « *circulus viciosus* », la persistance des douleurs et l'oblitération de la bouche sont imputables dans bien des cas à des fautes de technique, anse trop longue, bouche mal placée, torsion des anses afférentes et efférentes, emploi de clamps.

7° Des complications consécutives à la G-E, toutes celles que nous avons citées plus haut ne sont plus constatées quand on pratique la G-E transmésocolique, postérieure et inférieure très basse, le plus près possible du pylore, à anse très courte, sans clamps ni pince d'aucune sorte, ni manœuvres d'écrasement, l'hémostase étant très soigneuse. L'anastomose peut être réalisée soit à la suture (surjet sero-musculaire et surjet muqueux), soit au bouton de Jaboulay.

8° La transformation maligne est très problématique, les statistiques récentes (1930) le prouvent. MM. les professeurs Roussy et Hartmann, et avec eux un certain nombre d'auteurs étrangers pensent que la

cancérisation d'un ulcère digestif est exceptionnelle. Enfin la fréquence de l'ulcère diminue rapidement au delà de 50 ans; or, c'est précisément là que commence l'âge du cancer.

9° Malgré tout, il faut être éclectique et ne pas se contenter d'une méthode à l'exclusion des autres. En tous cas, en ce qui concerne la G-E, si pendant l'opération on n'a pas trouvé la lésion, plutôt refermer le ventre sans rien faire que d'appliquer une G-E de complaisance nuisible à la bonne réputation de la G-E.

Vu le président de la thèse :

Ch. LENORMANT.

Vu le doyen :

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ALAMARTINE. — Le mécanisme de *circulus viciosus*.
(Lyon Chir., 1921, t. XVIII, p. 267.)

ARTAUD. — Valeur thérapeutique de la G-E au cours
des affections non sténosantes. (Thèse Montpellier,
1925-26.)

ASTAIX. — Les suites immédiates de la G-E. (Thèse
Paris, 1924.)

BAILLIS. — Ce que chacun doit savoir de la G-E.
(Umfia, 41, 1929.)

BOULIN. — De la cancérisation de l'ulcère de l'estomac.
(Thèse Bordeaux, 1924.)

CARNOT. — Pourquoi doit-on résequer les ulcères gas-
triques. (Paris Méd., 1918, p. 451.)

CARLES. — La gastrectomie. (Thèse Paris, 1926.)

CHOSSON. — La cure radicale de l'ulcus gastrique.
(Thèse Paris, 1929.)

CERF. — L'autohémothérapie dans le traitement des
ulcères. (Bruxelles Méd., 1927, p. 7.)

CORNUDET. — Les sténoses médiogastriques ulcéreuses. (Thèse Paris, 1921.)

COUREAUD. — Double perforation juxta-pylorique. (Mem. Soc. Chir., nov. 1929.)

XXIX^e Congrès Français de Chirurgie, 1920.

XXXVI^e Congrès de l'Ass. Franç. de Chirurgie, 8-13 octobre 1928.

DEGUIGNAN. — Le cancer ulcéré du pylore. (Thèse Paris, 1921.)

DELORE, MICHON et POLLOSON. — L'oblitération cicatricielle des bouches de la G-E. (Revue de Chirurgie, p. 79, 1924.)

DÉNECHAU. — Les suites médicales éloignées de la G-E. (Thèse Paris, 1907.)

GASTON DURAND. — Les accidents consécutifs à la G-E. (Progrès Méd., 4, 1912.)

GASTON DURAND, CAILLÉ, MARRE. — Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical dans 45 cas d'ulcères. (Arch. Mal. App. digest, 1912.)

P. DUVAL, J.-Ch. ROUX. — Une cause inconnue de troubles fonctionnels chroniques après la G-E. (Bull. Mem. Soc. Chir., 1924, p. 1041.)

ENRIQUEZ et GOSSET. — Remarques sur l'exclusion du pylore. (Soc. Chir., 1914, p. 331.)

FEVRE. — L'infection des ulcères chroniques gastro-duodénaux. (Thèse Paris, 1927.)

FROUIN. — Contribution expérimentale à la chirurgie de l'estomac. (Presse Médicale, 49, 1909.)

GRÉGOIRE. — Les contre-indications chirurgicales dans l'ulcère de l'estomac. (Soc. de Chirurgie, 1926, p. 184)

R. GUTMANN et JAHIEL. — Périgastrite lacunaire des G-E. (Presse Méd., nov. 1926.)

HARTMANN. — Le fonctionnement de la G-E avec pylore perméable. (Bull. et Mem. Soc. Chir., 1921, p. 1078.)

— Ulcère de pylore formant tumeur guéri par la G-E. (Bull. Mem. Soc. Chir., 1894, 481-487.)

HAYON. — L'ulcère peptique du jéjunum. (Thèse Paris, 1929.)

HORTOLOMEI. — Gastro-enterostomie ou gastrectomie. (Presse Méd., 63, 1930.)

JOURDY. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère de la petite courbure. (Thèse Lyon, 1925.)

KIRALY. — Traitement des hémorragies gastro-intestinales d'origine ulcéreuse. (Thèse Paris, 1929.)

LAMARE et LARGET. — La G-E pour la dilatation aiguë de l'estomac. (Bull. et Mém. Soc. Anatomie, 28 nov. 1926.)

LAMBERT. — Congrès de chirurgie, 1924.

LANOS. — Technique de la G-E au bouton de Jaboulay.
(Paris Chir., 1928.)

LARDENNOIS. — Rapport au VIII^e Congrès international de Chir., 1929.

LARRIEU. — Ulcère et gastro-enterostomie. (Thèse Bordeaux, 1920.)

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale.

LEFEVRE et BROUSTÉ. — Indication opérat. dans les ulcères hémorragiques. (Gaz. Sciences, Médecine, 12, 1930.)

LE NOIR et RICHET. — Indicat. et Contre-indic. opératoires des ulcères. (Presse Médicale, juillet 1929.)

LERICHE. — Traitement des ulcères. (Gazette des Hôpitaux, 1928.)

— L'ulcus peptique après la gastrectomie. (Soc. Chir. Lyon, 1927.)

LEROY. — De la G-E dans les affections non cancéreuses de l'estomac. (Thèse Paris.)

LEVEN. — Petits conseils d'un gastro-entérologue. (La Clinique, nov. 1928.)

LION. — Les faux cancers de l'estomac. (Arch. Mal. Ap. Digest, 1919, p. 65.)

LOEWY. — Les fistules jejuno-coliques après la G-E. (Thèse Paris, 1921.)

MANHES. — Contribution à l'étude des ulcus récidivant de la pet. courb.

MANONG. — Le diagnostic de l'ulcus gastro-duodenal. (Thèse Paris, 1928.)

MAPPERT. — Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère. (Gaz. des Hôpitaux, sept. 1922.)

DE MARTEL. — Traitement chirurgical des ulcères. (Journ. Med. Ar., 1923.)

MATHIEU et SAVIGNAC. — Etude sur les troubles intestinaux consécutifs à la G-E. (Arch. Ap. Digest, oct. 1913.)

METIVET. — Remarques sur les fonctionnements de la bouche de la G-E. (Presse Médicale, 281, 1920.)

MÉTRAUX. — Les résultats éloignés de la G-E postérieure simple dans les ulcères de l'estomac et du duodenum. (Lausanne, 1920.)

MOLLET Guy. — Sur 5 observations d'ulcères gastriques. (Lyon Méd., 10, 1930.)

MOREAU. — Des suites de la G-E. (Thèse.)

MOYNIHAN. — Ulcère gastrique et duodenal. (G. Doin, éditeur.)

NAVEAU. — Les troubles après la G-E. (Thèse Paris, 1903.)

OBERTHUR. — La gastrectomie. (Thèse Paris, 1927.)

PAPADOPOULOS. — Contribution à l'étude des suites éloignées de la G-E. (Thèse Paris, 1910.)

PAPIN. — Retrécissement cicatriciel d'une bouche de la G-E. (Bull. Mem. Soc. Méd. de Bordeaux, 6 déc. 1929.)

PARMENTIER. — Les stases barytées gastriques. (Thèse Paris, 1929.)

PATRY. — Le traitement chirurgical des affections non cancéreuses de l'estomac. (Thèse Genève, 1910.)

V. PAUCHET et THIERNY. — La G-E. (Doin, Paris, 1926.)

V. PAUCHET. — Que faire aux anciens gastro-enterostomisés non guéris? (La Clinique, oct. 1928.)

PELLETIER. — Résultats des résections limitées dans l'ulcère de la petite courbure. (Thèse Paris, 1928.)

POUSSIN. — De la G-E en Y. (Thèse Paris, 1903.)

P. PAUCHET. — L'ulcère duodenal. (Thèse Paris, 1926.)

F. RAMON. — Conséquences cliniques des lésions de la gastrite. (Presse Méd., août, 1, 1925.)

RIVIÈRE. — De la valeur de la G-E. (Thèse, Lyon.)

ROCHART et STERNE. — Thérapeutique post-opératoire.

SERGEANT (de Strasbourg). — Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique perforé. (Bull. Soc. Chir., p. 1055, 1921.)

THEVENARD. — La G-E pour sténose cicatricielle. (Bull. Mem. Soc. Chir., Paris, 14, 1929.)

TUFFIER. — Société de Chirurgie, p. 647, 1904.

VINCENEUX. — Les indications et les résultats opératoires dans le cancer de l'estomac. (Thèse Paris, 1906.)

WELTI. — Une cause peu connue d'échec après la G-E. (Thèse Paris, 1926.)

WERTHEIMER. — L'innervation et l'énervation gastrique. (Thèse Lyon, 1922.)

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, boul. St-Germain, Paris
